

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

(Une fiche par enfant : document obligatoire pour accueillir votre enfant dans le cadre des accueils de loisirs et cantine)

L'ENFANT

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :
 GARÇON FILLE
 Adresse de l'enfant :
 Ecole fréquentée en 2019/2020 : Niveau de classe en 2019/2020 :

FRATRIE dans l'école :

NOM : PRENOM : Date de naissance : Niveau :
 NOM : PRENOM : Date de naissance : Niveau :
 NOM : PRENOM : Date de naissance : Niveau :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Cochez les maladies déjà contractées par l'enfant : VARICELLE RUBEOLE ROUGEOLE
 SCARLATINE COQUELUCHE OREILLONS AUTRES :
 ALLERGIES : OUI NON AUTRES :
 Précisez :
 Si oui, l'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)? OUI NON
 Si oui, motifs et date du PAI :

VACCINATIONS Fournir une copie du carnet de vaccination en plus des renseignements ci-dessous ou fournir une attestation indiquant que tous les vaccins de l'enfant sont à jour

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		(obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018)	
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Haemophilus influenza type B	
				Pneumocoque	
				Méningocoque	

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il des lentilles : OUI NON
 Des lunettes : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
 DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
 DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :
 Adresse : Tél :

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

	Représentant 1	Représentant 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Lien avec l'enfant (père, mère, tuteur...)		
Situation familiale		
Tél domicile		
Tél professionnel		
Tél mobile		
@mail		

N° de sécurité sociale assurant l'enfant : / - / - - / - - / - - - / - - - / - - - /

Assurance en responsabilité civile :

Nom de la compagnie d'assurance :N° du contrat :

Régime d'appartenance :

Régime général MSA Autres :N° CAF

En cas de divorce ou de séparation, fournir une copie du jugement de garde

INFORMATIONS ALIMENTAIRES

Régimes : Sans porc Sans viande allergies alimentaires avec PAI OBLIGATOIRE
(précisez lesquelles :)

Le régime déterminé ne pourra pas être changé en cours d'année scolaire

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT (présentation obligatoire de la carte d'identité) et pouvant être contacté(es) en cas d'urgence si les parents sont injoignables

- 1) NOM et Prénom.....Tél : --/--/--/--/--
- 2) NOM et Prénom.....Tél : --/--/--/--/--
- 3) NOM et Prénom.....Tél : --/--/--/--/--
- 4) NOM et Prénom.....Tél : --/--/--/--/--

AUTORISATION (à compléter obligatoirement)

Droit à l'image sur le site internet / Bulletin municipal / Page facebook de la Ville : OUI NON
Droit à l'image exclusivement au sein de l'accueil de loisirs (exposition...) : OUI NON
Autorisation de sortir seul de l'accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire : OUI NON
Maquillage au sein de l'accueil de loisirs dans le cadre d'activités/manifestations ludiques : OUI NON

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant....., déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Date :

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :